UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1948 N° 63

PATHOGENIE DU DOIGT A RESSORT

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1948

PAR

Louis FAGET

MEMBRES DU JURY...

MM. VIRENQUE, *Président.*
MOREL
RIEUNAU } *Assesseurs*
GRIMOUD
LASERRE, *Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1948

FAGET (Louis) —

Pathogénie du doigt à ressort.

Toulouse 1948, Imp. Toulousaine, in-8°, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1948, n° 63.

FAGET (Louis) —

Pathogénie du doigt à ressort.

Toulouse 1948, Imp. Toulousaine, in-8°, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1948, n° 63.

FAGET (Louis) —

Pathogénie du doigt à ressort.

Toulouse 1948, Imp. Toulousaine, in-8°, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse, 1948, n° 63.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. RISPAL, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE, VALLOIS
Anatomie	CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Médecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,
Anatomie	COULOUMA.
Obstétrique	GUILHEM

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BIMES, ch. des f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique Médicale	MARQUES.
Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.),
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Odonto-Stomatologie	CADENAT

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX,
Législation pharmaceutique	BGUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU.
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail.	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1948 N° 63

PATHOGENIE DU DOIGT A RESSORT

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1948

PAR

Louis FAGET

MEMBRES DU JURY... MM. VIRENQUE, *Président.*
MOREL
RIEUNAU *Assesseurs*
GRIMOUD
LASERRE, *Suppléant.*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA MERE

ravis trop tôt à notre affection. Je dédie ce travail en hommage bien faible de ma reconnaissance pour tous les lourds sacrifices qu'ils se sont imposés.

Que leur souvenir fidèle m'assiste dans la voie que je me suis tracée.

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA SŒUR

En gage de ma grande affection.

A MON ONCLE
Monsieur Henri FAGET

pour l'aide morale qu'il nous à témoignée.

A TOUS MES ONCLES ET TANTES

A MES COUSINS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON MAITRE

ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur VIRENQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopèdie

Avec nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur Louis MOREL
Professeur de Pathologie interne

Monsieur le Professeur RIEUNAU
Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Professeur GRIMOUD
Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Docteur J. LASSERRE
Chargé de Cours à la Faculté

A LA MEMOIRE

DE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Qui nous avait inspiré le sujet de cette thèse, sa mort prématurée nous prive d'un maître dont la bienveillance ne s'est jamais démentie à notre égard.

Introduction

C'est dans la seconde partie du siècle dernier que l'étude du doigt à ressort fut à on apogée; vers cette époque, en effet, nombreux furent les auteurs qui s'en occupèrent.

Nos connaissances sur l'affection ne firent que croître durant cette période. Il faut noter toutefois, que dès le début, une théorie dite « tendino-vaginale » tenta de prendre le pas sur toutes celles qui par d'autres mécanismes tentaient d'expliquer la pathogénie de cette si curieuse affection. Son succès semblait s'expliquer par le fait que nombre de cas de doigts à ressort observés, sont effectivement dûs à une nodosité supportée par le tendon du doigt atteint. Laquelle par un mécanisme assez simple que nous rapporterons plus loin produit l'affection qui nous occupe aujourd'hui.

Mais, ce n'est pas une attitude scientifique que de négliger pour autant les causes qui, quoique moins fréquentes n'en sont pas pour cela

moins efficaces dans la production du doigt à ressort.

Aussi, avec le désir de combler cette lacune, nous nous efforcerons d'apporter grâce à des faits cliniques et expérimentaux quelques lumières sur des pathogénies insoupçonnées de doigt à ressort.

Plan de Travail

Nous débuterons par la définition de ce phénomène. Un historique retracera dans les grandes lignes les étapes marquantes de la question et nous révélera les auteurs qui ont concouru à son enrichissement.

Puis viendra l'exposé de la symptomatologie du doigt à ressort, une liste étiologique variée fera suite.

Nous arriverons ainsi à la partie la plus intéressante du travail : c'est-à-dire au chapitre de la pathogénie du doigt à ressort. Nous envisagerons successivement toutes les théories connues, et les variétés qu'elles peuvent comporter, puis nous exposerons quelques recherches anatomiques personnelles ainsi que l'étude de doigts à ressort créés spontanément chez l'homme qui en est exempt à l'état ordinaire.

Quelques observations viendront appuyer ces cas non orthodoxes de doigts à ressort et souligneront la multiplicité pathogénique réelle, longtemps contestée, par ceux qui ont cru, surtout au siècle dernier, à l'exclusivité des mécanismes dont ils étaient les témoins.

Pour faire œuvre utile, nous traiterons ensuite

des notions thérapeutiques fort différentes suivant la gravité des cas, et, qui vont de la simple expectative, au traitement médical et à l'intervention chirurgicale : à la vérité bénigne, mais toujours efficace.

En définitive, notre but sera atteint si nous avons pu faire saisir le fait que malgré le petit nombre admis de pathogénies tendant à expliquer le doigt à ressort, ce nombre n'a rien d'absolu et que des modalités sont toujours susceptibles d'être révélées avec le temps, dans le domaine qui nous occupe.

Définition

Qu'entend-on par doigt à ressort? ou d'une façon plu générale, par articulation à ressort?

« C'est une articulation affligée au cours de sa mobilisation, d'un arrêt plus ou moins accusé, qui est suivi d'un ressaut, la fin de la flexion ou de l'extension s'achevant brusquement comme sous la poussée d'un ressort. »

Cette définition a le double avantage d'être exacte quant à la représentation des faits et de ne pas faire intervenir dans son établissement une théorie pathogénique qui nous occupera spécialement par ailleurs.

Une image banale rend assez bien ce phénomène : lorsque l'on ferme lentement un couteau de poche, on éprouve une résistance qui faible pendant les premiers degrés de la fermeture va en augmentant jusqu'en un certain point de la course (toujours identique pour un même couteau). Ce point dépassé, la course s'achève très rapidement.

Presque toutes les articulations peuvent être atteintes.

Sa production considérée comme pathologique dans l'espèce humaine, existe à l'état normal dans d'autres. C'est ainsi que l'autruche, a une articulation à ressort, qui lui permet de rester des heures entières et apparemment sans fatigue sur une seule patte.

De même les coléoptères sous leurs élytres ont des ailes membraneuses dont la nervure possède une articulation à ressort, qui permet d'assurer la rigidité de l'aile après son déploiement.

Historique

Il faut remonter en 1850 pour voir un chirurgien français s'occuper le premier de cette nouvelle entité morbide. C'est Notta, alors interne de Nélaton, qui décrivit l'affection.

Plus tard, en 1855, Nélaton lui-même publie dans la « Gazette des Hôpitaux », une observation, et l'intitule « Doigt à ressort ». Dans son traité de pathologie chirurgicale de 1859, il cite à nouveau ce cas, mais lui donne une explication pathogénique différente et pense à un corps flottant intra synovial, sa première idée était de soupçonner un engorgement du cul de sac synovial.

En 1865, Hyrtl, dans un traité d'anatomie topographique pense que c'est un rétrécissement circonscrit de la gaine du tendon avec un épaississement simultané du tendon lui-même qui est à la base de ce phénomène. Beaucoup plus tard seulement, on aura la preuve de la justesse de cette hypothèse.

En 1872, Dumarest publie dans le « Lyon Médical », trois observations où il invoque pour

expliquer le ressort, des lésions diverses dues à des corps étrangers et au rhumatisme.

Ce n'est qu'en 1875, seulement que Menzel et Félicki vont ouvrir la période expérimentale. Ces auteurs reproduisent le ressort sur des sujets d'amphithéâtre grâce à des ligatures qui enserrent le tendon.

Plusieurs auteurs allemands vont vers cette époque montrer par des preuves cliniques la place qu'occupe la tendino-vaginite dans cette affection. Citons Berger, Vogt. Ce dernier, vers 1881, rapporte une observation dans laquelle l'origine traumatique de la nodosité tendineuse est indiscutable.

C'est alors que deux expérimentateurs français, Blum et Quenu, vont répéter en France les expériences de Menzel, nous sommes alors en 1881, les conclusions sont identiques.

Trois ans plus tard, en 1884, Marcano publie un travail complet sur la question. Après ses expérimentations, il conclut que quel que soit la place de la nodosité sur le tendon, le ressort s'en suivra si elle accroche la gaine fibreuse. L'étiologie est variée et peut être due au traumatisme ou au rhumatisme.

A la même époque, Leinsrik et Hambourg opèrent pour la premièère fois un doigt à ressort. Ils enlèvent la nodosité tendineuse et la guérison se trouve assurée.

En 1885, Galzin, de Montpellier, écrit sa thèse sur le doigt à ressort et dans le traitement préconise l'électrothérapie.

En 1887, Schmit après une étude étiologique

bien menée, accuse surtout les traumatismes professionnels d'être en cause.

Avec Poirier, en 1889, nous voyons naître une nouvelle théorie pathogénique. Cet auteur attribue le ressort à une origine articulaire.

C'est à peu près vers la même date que Carlier dans une thèse intéressante veut à son tour expliquer le ressort par sa théorie dite du spasme musculaire.

En 1895, Jeanin, dans son travail, s'oppose aux nouvelles théories et reste partisan de la théorie tendino-vaginale.

En 1897, on voit Clément poursuivre l'offensive. Il s'élève contre les pathogénies articulaires et nerveuses de Poirier et de Carlier.

Huillet, en 1898, fait des recherches du point de vue étiologique et écrit une thèse : « Le doigt à ressort chez les musiciens ».

En France, après cette période, pendant laquelle l'intérêt dû à l'exposé des premières théories pathogéniques s'est un peu estompé, nous resterons assez longtemps sans remarquer de travaux sur l'affection.

En Allemagne par contre, la question reste toujours en faveur et bon nombre d'auteurs s'en occupent. Citons : Tillmann, Poulsen, Peiper, Falk.

Chez nous, le sujet est repris après plus de trente ans, par Rocher et Guérin, puis et plus récemment, par Sorrel et Benoît qui, en 1934, étudient les rapports qui existent entre le doigt à ressort et la camptodactylie. Ils considèrent cette affection comme l'ultime degré d'évolution du doigt à ressort.

Toujours en France, Thaler fait en 1937 un travail dans lequel il cite quelques cas de doigts à ressort d'origine tendino-vaginale.

Depuis lors, seules quelques communications isolées et peu importantes ont été connues, s'occupant surtout du traitement à opposer à cette affection, citons celle de Forestier en 1944 et celle toute récente de Lasserre, en 1945.

Symptomatologie

Les symptômes présentés par le doigt à ressort sont toujours assez nets pour permettre de le caractériser d'emblée, sans soulever le problème d'un diagnostic différentiel. Ils comprennent :

Le ressaut.

C'est l'élément caractéristique de l'affection. C'est lui qui lui a donné son nom au début (doigt à ressaut). Etudions ses caractères : il n'est pas toujours très net, son intensité peut varier dans des limites assez larges et devenir même si intense, que l'arrêt du mouvement en est total. On a ainsi par cet extrême la possibilité de verser dans une affection voisine appelée : camptodactylie. MM. Benoît et Sorrel ont rapporté deux observations où le passage a été ainsi effectivement établi. L'obstacle au mouvement étant tel dans ces cas qu'il empêche toute contiunation de la flexion (ou de l'extension) au delà de cette butée. Nous comprendrons sans peine que dans un doigt à ressort d'origine tendino-vaginale par

exemple toute la gamme des ressauts pourra s'obtenir. Il suffit que la nodosité soit plus ou moins volumineuse ou inversement que le rétrécissement ait un diamètre convenable. S'opposant à l'arrêt brut que nous venons de signaler, certaines personnes ont un doigt à ressort à peine ébauché et ne s'en soucient guère, la gêne étant alors très minime.

Il faut noter, que les ressauts durs à franchir et nécessitant de ce fait un gros effort musculaire donnent naissance à des fins de mouvements beaucoup plus rapides. Nous expliquons ainsi cette constatation : l'obstacle demande pour être franchi un effort musculaire très accru et brusquement après avoir été vaincu sa résistance devient insignifiante, l'excès d'énergie musculaire développée trouve alors son utilisation dans l'augmentation de vitesse que subit l'article intéressé.

On peut citer le cas rapporté par Clément : celui d'une personne atteinte d'un ressort si accentué qu'un dé à coudre mis sur le doigt atteint était projeté au loin comme sous l'effet d'une chiquenaude.

La douleur.

Dans tous les doigts à ressort observés, la douleur n'a pas toujours été présente comme l'eut voulu le trépied classique de la théorie tendino-vaginale, à savoir : ressaut-douleur-nodosité. Sa répartition est très variable : il y a des doigts bien tolérés, d'autres où la syncope même peut survenir si on essaie d'obtenir le ressort.

Le craquement.

Il est accessoire, c'est un épiphénomène qui souvent accompagne le ressaut. C'est à l'instant où il se fait entendre que la douleur quand elle existe est la plus intense. Il traduit le contact rude, la friction que subissent les parties en présence. Il ne faut toutefois lui accorder que la place qu'il mérite. C'est ainsi qu'il perdra de son importance si on le perçoit chez des personnes arthritiques par exemple, car chez elles les craquements existent d'une façon quasi constante.

La nodosité tendineuse.

Elle est souvent perçue. Nous devons à son sujet faire la remarque suivante : c'est qu'on la rencontrera dans les doigts à ressort qui entrent dans le cadre de la théorie tendino-vaginale. Que sa présence n'est pas indispensable pour porter le diagnostic de doigt à ressort. Toutefois, sa fréquence la fait toujours rechercher en présence d'un cas de ressort. Et l'on peut citer simplement à titre anecdotique l'observation où ce nodule faisant défaut à la palpation, le chirurgien fit tout de même son intervention par la face palmaire, croyant la mettre en évidence. Il n'en fut rien, et la recherche dut se poursuivre sur la face dorsale où une fois trouvée, la cause fut neutralisée. Ne voyons pas là un grief à formuler, mais plutôt sachons reconnaître l'utilité de ce réflexe qui fait d'emblée penser aux causes fréquentes plutôt qu'aux rarissimes.

Les caractères de cette nodosité sont : sa dureté ligneuse, son volume, jamais considérable, ne dépassant pas celui d'une lentille. Elle est mobile avec le tendon qui la supporte. Son siège le plus fréquent se trouve aux plis interphalangiens ou interphalango-métacarpiens en regard de l'interligne articulaire.

En définitive, des quatre symptômes, le ressaut est celui qui est le plus important, car il suffit pour porter le diagnostic de doigt à ressort.

Etiologie

Les causes qui provoquent la production de ce phénomène sont fort nombreuses et des plus inattendues. Parmi elles, certaines sont **prédisposantes** : sexe, âge, profession, rhumatisme. D'autres sont **déterminantes** : irritation, pression, chute, frottement.

Citons parmi les cas connus, celui d'un pêcheur à la ligne, celui de cette marchande des halles qui, astreinte à un mouvement répété du pouce fléchi pour vider ses poissons, se virent affligés de cette infirmité. Il n'est pas rare de rencontrer ce phénomène chez les pianistes, la succession des exercices qu'ils exécutent sur le clavier n'étant en grande partie qu'une suite de micro-traumatismes qui favorisent son apparition. Rappelons au passage que Huillet fit, en son temps, un travail sur la question. Les escrimeurs, eux aussi, après de longues séances d'entraînement, peuvent être handicapés par cette anomalie. Des travaux poussés dans cette branche professionnelle ont permis de discerner des variations dans le nombre d'individus atteints suivant qu'ils pratiquent la méthode française ou la méthode ita-

lienne. Une différence intervenant dans la manière de tenir le fleuret. N'oublions pas, pour rester éclectique, de signaler le rôle joué par une crispation longtemps maintenue, c'est ainsi qu'une observation est connue, celle d'un chauffeur qui eût l'auriculaire de la main gauche atteint de cette gênante infirmité à un degré tel qu'une intervention fut nécessaire pour permettre le retour du jeu normal de la phalange.

Toutes ces causes ont pour trait caractéristique d'être essentiellement mécaniques : traumatiques. En forçant le degré du traumatisme, nous pouvons arriver à la suite de la distension ligamentaire qu'il peut entraîner, à mettre en contact des éléments qui se révèlent générateurs d'articulation à ressort. C'est ainsi qu'une hyperflexion des phalanges fait accrocher l'un des tubercules (qui terminent en avant la surface articulaire des métacarpiens) au surtout glénoïdien qui, replié, joue alors le rôle de jugulaire.

La pathologie interne nous offre des affections éminemment prédisposantes. Le rhumatisme chronique réalise, par des modifications diverses, des doigts à ressort typiques. La goutte, cette maladie dyscrasique, peut le provoquer. Le rhumatisme aigu aussi a cette faculté. Il faut souligner la valeur de la chronicité.

L'âge intervient avec un maximum de prédisposition vers la quarantaine. Mais chez les jeunes et chez les vieux, des cas sont rapportés. Charbonnel cite un jeune enfant de sept ans, Berger un de cinq, Sorrel et Benoît à nouveau un de cinq. Il y a plus jeune et le nourrisson aussi peut être atteint.

Le sexe joue aussi, et c'est la femme qui dans une proportion de trois contre deux paye le plus gros tribut à l'affection.

Les membres les plus atteints sont sans contredit les mains. Toutefois, on a signalé des atteintes en d'autres endroits : les orteils (König, Villar), la cuisse (Folet), le genou (Clavel et Payan), le poignet (Sterbatcheff). Si nous nous limitons aux mains, nous noterons une plus grande fréquence au niveau de la droite; cela correspond vraisemblablement au plus grand nombre de droitiers parmi les individus. Poussons plus loin notre investigation et nous arriverons à répartir l'affection d'après les doigts en cause. On trouve en première place : le pouce, puis dans l'ordre : l'annulaire, le médius, l'auriculaire et l'index.

Il faut parfois noter le caractère symétrique de l'atteinte, ainsi Charbonnel nous rapporte le cas de deux médius à ressort sur le même individu.

Nous pouvons en terminant l'étude étiologique dire que l'articulation à ressort peut se développer sans cause appréciable dans un petit nombre de cas.

Pathogénie

Avec ce chapitre, nous arrivons au cœur même de la question qui nous occupe. Nous allons prendre connaissance des détails anatomiques et mécaniques qui engendrent le phénomène dit du ressort. Successivement, nous allons étudier et commenter, si c'est nécessaire, les théories pathogéniques connues jusqu'à ce jour. Nous ne les opposerons pas, mais au contraire nous essaierons de faire participer chacune d'entre elles, dans la mesure où elle contient une part de vérité, à la mise en place d'une vue d'ensemble utile et cohérente sur ce sujet.

1° Théorie synoviale.

C'est la plus ancienne et voici l'essentiel de son contenu. Notta et Nélaton pensaient que dans les articulations atteintes de ressaut, des corps étrangers étaient en cause, que leur interposition entre les surfaces articulaires entraînait par un blocage momentané, successivement : l'arrêt puis le ressort. Ces corps étrangers sont surtout effectifs dans les grosses articulations (par exemple, celle du genou). De plus, il faut les imaginer pédiculés, ou assez limités, dans leurs évolutions pour que l'arrêt se fasse toujours au même degré de flexion

et d'extension. En effet, un engagement variable produirait un ressort inconstant, parfois précoce, parfois tardif, voire nul.

Les mêmes auteurs avaient auparavant émis l'hypothèse d'un engagement du cul de sac des gaines séreuses péritendineuses. Il en résulterait une pachysynovite qui, formant nodosité à cet endroit, buterait à l'entrée du tunnel ostéofibreux qui s'étend le long des doigts jusqu'à la base de la dernière phalange. Cela semble évident pour l'index, le médius et l'annulaire dont la gaine se termine au niveau des plis digito-palmaires, mais pas pour le pouce et l'auriculaire dont les gaines plus longues arrivent au poignet.

2° **Théorie vagino-tendineuse.**

Quels sont les éléments anatomiques incriminés dans cette théorie? Son nom les évoque, et d'après elle interviennent successivement :

a) le tendon;
b) la gaine séreuse péritendineuse;
c) la gaine ostéo-fibreuse.

Le tendon peut être pathologique par une augmentation de volume locale ou étendue.

La gaine séreuse, à l'inverse, peut l'être par un rétrécissement de sa lumière.

La gaine ostéofibreuse joue par l'hétérogénéité qu'elle manifeste tout au long de sa formation qui s'étend de la base de la troisième phalange, à la tête du métacarpien. A l'état normal, elle présente trois rétrécissements successifs, localisés ainsi : deux au pli de flexion interphalangien et le troisième au pli interphalango-métacarpien.

Nous possédons maintenant toutes les données pour comprendre à la lumière de cette théorie le mécanisme d'un ressaut.

La logique mathématique voudrait qu'avec ces trois éléments, les combinaisons pathologiques réalisables s'élèvent à neuf. En ce qui concerne notre logique médicale moins rigide, elle abaissera à trois les cas réellement observés. Ceci est dû à la solidarité des deux gaines ostéofibreuse et séreuse qui souvent agissent comme élément unique. Nous aurons donc successivement :

a — Le cas du tendon qui avec sa néoformation sera l'élément essentiel producteur de ressort, lorsque au cours du mouvement la nodosité viendra s'étrangler contre les rétrécissements naturels signalés un peu plus haut.

Cette variété est appelée « **tendineuse** »; c'est la plus fréquente.

b — Un rétrécissement assez prononcé de la gaine séreuse peut produire un arrêt suivi d'un ressaut, pour peu que le tendon ait perdu son poli habituel dans le voisinage de l'étranglement. C'est la variété « **vaginale** ».

c — Le complexe gaine et tendon, l'un par son rétrécissement, l'autre par sa nodosité va réaliser dans sa pureté la plus grande, le phénomène du ressort. Nous sommes ici en présence de la théorie « **tendino-vaginale** ».

Malgré la souplesse de cette théorie et le grand nombre de cas qui viennent la confirmer, elle ne réussit pas à tous les expliquer et c'est pour cette raison que des efforts ont été tentés pour essayer de remédier à ce défaut.

3° Théorie du spasme fonctionnel.

Encore appelée nerveuse ou musculaire. Le promoteur en est Carlier qui, se basant sur l'irrégularité des symptômes souvent réalisée, voit là une raison de faire appel à un élément subjectif certain : l'émotivité, le « nervosisme ». Voici comme il interprète le ressort : Ce phénomène serait dû, au niveau du pouce par exemple, à un spasme du fléchisseur qui cèderait brusquement après un certain parcours, créant ainsi le ressort. Cette contraction musculaire trop prolongée serait le résultat d'un réflexe douloureux à point de départ tendineux, articulaire au autre au niveau de la main. Il en résulterait une vigilance exagérée des muscles fléchisseurs qui rompant à leur profit l'équilibre synergique qui existe à l'état normal entre agoniste et antagoniste, réaliseraient à un certain moment, par leur impotence brusque, le ressort. C'est là qu'apparaît la difficulté : pourquoi cette contracture aussi tonique se transformerait en paralysie dans l'instant qui suit. La physiologie normale et la pathologie ne nous enseignent rien d'équivalent. La lésion primitive créatrice du réflexe n'a pas pu être mise en évidence; aussi, cette théorie est tombée en discrédit avec le temps.

4° Théorie articulaire.

Cette théorie présente des notions plus facilement acceptables et perceptibles d'où son essor mérité. Poirier, par son travail, lui donne droit de cité. Beaucoup d'éléments en elle sont fondés. D'autre part, l'anatomie comparée révèle chez

certaines espèces : autruches, coléoptères, et cela à l'état normal, des articulations à ressort dont l'origine est articulaire. Il y a plusieurs possibilités à envisager quant au mécanisme intime :

a — Division de la surface articulaire de la tête du métacarpien en deux, par une crête transversale. Elle est arrondie à l'état normal. Il en résulterait deux surfaces articulaires plus petites, une dorsale et une palmaire, celle-ci plus étendue. Le ressaut se produirait après le franchissement de cette crête par l'articulation phalangienne, soit dans un sens, soit dans l'autre.

b — L'accrochement du tubercule qui termine en avant la surface articulaire du métacarpien par la jugulaire glénoïdienne. Cas dont on a déjà signalé la possibilité par ailleurs.

c — Dans cette troisième éventualité, il faut pour la voir se réaliser avec netteté qu'une légère anomalie déforme les faces latérales des têtes métacarpiennes. Le ressort se réalisera alors ainsi : au cours de la flexion ou de l'extension, le faisceau métacarpo-phalangien du ligament latéral bute contre la déformation, le mouvement s'arrête, l'effort musculaire devenant plus intense, le ligament passe en force au-dessus de la production.

Cette cause est excellente et les doigts à ressort produits sont douloureux et nets.

Nous devons noter en terminant ce chapitre que les théories qui ont su le mieux résister aux attaques successives sont d'une part la théorie tendino-vaginale et la théorie articulaire.

Partie expérimentale

Estimant que la méthode expérimentale est pleine d'enseignements, nous n'avons pas hésité à aborder la question sous cet angle. Dès 1875, Menzel et Félicki l'employèrent et en France, il y eut des précurseurs aussi dans les personnes de Blum et Quenu qui, en 1881, reproduisaient sur les sujets d'étude ce qu'ils avaient observés chez des porteurs de doigt à ressort. La méthode alors employée par ces auteurs consistait à dégager un tendon fléchisseur et à enrouler autour de ce tendon dénudé un fil, créant ainsi un obstacle artificiel au jeu normal du tendon. Cette nodosité artificielle butait contre les rétrécissements des gaines et créait un doigt à ressort. La théorie du nodule tendineux voyait là un argument de plus pour l'étayer.

En ce qui nous concerne, l'étude de l'observation personnelle rapportée plus bas et la formation du ressaut dans ce cas particulier, nous incite plus spécialement à rechercher les causes de même ordre qui au niveau de la main pourraient en dehors de la nodosité supportée par le tendon lui-même, créer le ressort.

Nous avons fait une étude systématique de la

main plan par plan et essayé de rechercher à chaque étage les conditions à réaliser pour engendrer ce phénomène; nous avons fait porter notre attention surtout sur la face dorsale de la main; la face palmaire étant mieux connue, mais de plus moins facilement abordable.

La peau.

Au niveau des doigts et de la main, elle ne pourrait intervenir que par l'intermédiaire de cicatrices gênant les divers éléments dans leurs jeux normaux. Mais la grande souplesse des téguments ferait perdre toute efficacité à cette sorte d'obstacle. Des adhérences profondes, séquelles de blessures par exemple pourront plus facilement obtenir des limitations de mouvement qu'un ressaut.

Les aponévroses.

L'aponévrose superficielle du dos de la main est la plus intéressante car bien que mince, elle est résistante. Elle peut donner naissance à des ressauts grâce à des ruptures bien situées. La topographie idéale de ces solutions de continuité se place au regard des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes avec un léger décalage. Ainsi au cours du mouvement de flexion, l'articulation bien contenue dans un premier temps, exécute dans un second une brusque irruption par la rupture en faisant hernie et en créant le ressort. L'étendue optimum de la lésion varie entre un à deux centimètres.

Pour illustrer cette pathogénie non classique,

nous signalerons une observation rapportée par Peiper.

Les tendons.

En dehors du nodule supporté par un tendon et qui est une cause majeure de ressaut, comme nous l'avons dit, le ressaut peut se produire par leur intermédiaire chez presque tous les sujets et cela sans lésion tendineuse. Nous prendrons le cas du pouce, car c'est là qu'on peut le mettre en évidence très simplement. On a pu observer dans la vie courante des personnes aux doigts agiles, qui montrent comme une curiosité leurs pouces capables de secousses brusques. Ce ne sont là en réalité que des mouvements à ressort volontairement provoqués. Par une étude réfléchie du mouvement, nous sommes arrivé à reproduire facilement ce phénomène sur nous-même et à en faire son analyse mécanique. Les éléments en présence se situent au niveau de la tabatière anatomique et ce sont : essentiellement d'une part, le tendon du court extenseur du pouce; très accessoirement de l'autre, le tendon du long extenseur de ce même doigt. Le troisième élément est représenté par la base du premier métacarpien.

Portons le pouce en abduction, en maintenant cette position, mettons en tension les deux groupes musculaires antagonistes (fléchisseurs-extenseurs) qui animent ce doigt. Dans cet état, une mobilisation volontaire du pouce dans un mouvement qui le porte d'avant en arrière, puis en sens inverse, crée le ressort tant à l'aller qu'au retour. Son mécanisme intime est dû au passage

de la base du métacarpien sous le tendon du court fléchisseur du pouce; elle va, suivant le mouvement qu'effectue le pouce, occuper ou quitter le fond de la tabatière anatomique. Une flexion préalable du pouce mettant la deuxième phalange en angle droit et tendant davantage de ce fait l'extenseur, rend le ressort plus net et de plus douloureux. Cette exposition ne doit pas faire perdre de vue que le phénomène est très simple à reproduire et à analyser en fait.

Les muscles.

Ils joueront un rôle, principalement pour mettre en évidence des causes qui existent à l'état latent. C'est ce que nous avons observé dans le cas du pouce à ressort créé à volonté chez un sujet qui normalement en est exempt. De même, nous allons signaler au niveau de l'auriculaire une semblable possibilité.

Comme précédemment, une augmentation du tonus musculaire dans les deux groupes de muscles antagonistes qui commandent ce doigt va créer ici aussi une articulation à ressort. Une prédisposition de l'articulation n'est pas nécessaire. Le mécanisme intime se localise à l'articulation métacarpo-phalangienne, il est très différent de celui exposé pour le pouce. Ici, le ressort qui se produit au cours des mouvements de flexion et d'extension du doigt est dû, d'une part, à la tension musculaire simultanée dont nous venons de dire l'utilité et, d'autre part, à la courbure de très faible rayon de la tête du cinquième métacarpien. Ce concours de circonstances fait

qu'au cours des mouvements, l'articulation phalangienne et avec elle le doigt passent très rapidement (à cause de la tension musculaire) du versant dorsal, sur le versant palmaire de la surface métacarpienne. Une crête transversale barrant cette surface articulaire ne ferait pas mieux quant au résultat.

Le squelette.

Il offre des possibilités intéressantes et en association avec d'autres éléments nous lui connaissons déjà un rôle prépondérant dans les doigts à ressort d'origine articulaire. De même, au cours de l'accrochage du ligament articulaire latéral, il prête une participation efficace. Nous allons maintenant révéler des accrochages qui pourront s'effectuer entre les tendons d'une part et le squelette de l'autre.

Le principe de notre méthode expérimentale est très simple : il consiste à repérer les endroits où les tendons au cours des divers mouvements, de flexion, extension, adduction ou abduction, ne restent pas fixes dans leurs positions, dans leur lit; autrement dit ceux qui se latéralisent. Quand cette amplitude sera suffisante, ces tendons seront alors susceptibles d'engendrer des ressorts dans les doigts qu'ils mobilisent et cela si un obstacle vient à surgir dans les aires ainsi balayées.

Laissant au génie morbide de chaque affection le choix de matérialiser l'obstacle par des formations qui leur sont propre : exostoses, cals vicieux après consolidation, tophi goutteux, productions rhumatismales..., nous avons dans nos expérien-

ces réalisé cette butée par une petite vis à tête ronde que l'on mettait en place après avoir au préalable foré l'os.

Nous avons dans nos recherches limité cette prospection inédite à la surface dorsale de la main, car son abord est beaucoup plus facile. D'autre part, la présence au niveau de la face palmaire des mêmes éléments peut la faire appliquer sans grandes variations sur cette région.

Les points reconnus favorables sont successivement dans l'ordre des métacarpiens :

— Le premier métacarpien présente un maximum de sensibilité depuis l'articulation métacarpo-phalangienne presque jusqu'à sa base. La production heurtera surtout le long extenseur du pouce dans les mouvements d'abduction-adduction de ce doigt.

— Le deuxième métacarpien pourra devenir pathologique et créateur de ressort si la production formant obstacle occupe un des points de la surface qui s'étend de la tête de ce métacarpien à sa limite avec le tiers moyen. Ce sont les deux tendons jumelés : celui de l'extenseur commun et celui de l'extenseur propre de l'index qui viendront buter et créer alors le doigt à ressort.

— Le troisième métacarpien supporte un tendon qui ne s'écarte pratiquement pas de la position qu'il occupe au repos; mais avec ce métacarpien, ainsi qu'avec le quatrième, nous obtenons une sorte nouvelle de doigt à ressort due à la disposition anatomique spéciale que l'on trouve à ce niveau. Des bandelettes fibreuses résistantes sont jetées entre les tendons du

médius et de l'annulaire d'une part, entre le tendon de l'annulaire et celui de l'auriculaire d'autre part. Ces ponts qui se déplacent avec les tendons qui les supportent heurteront l'obstacle s'il est placé : pour le médius, sur le tiers inférieur du métacarpien qui le supporte; pour l'annulaire, sur le tiers moyen du quatrième métacarpien.

— Le métacarpien de l'auriculaire a lui aussi sa surface favorable à la création d'un ressort.

C'est celle qui correspond à la projection sur cet os du point où fusionnent les tendons venant de l'extenseur propre du cinquième d'une part, et de l'autre celui issu de l'extenseur commun. Ce point est juste au-dessous de la tête du métacarpien.

Nous signalerons, pour terminer cette énumération, une cause qui sûrement a dû jouer un rôle dans des doigts à ressorts connus mais classés sous des étiquettes pathogéniques différentes. Elle se rapproche, en effet, par la localisation de l'obstacle, des doigts à ressort dont l'origine est ligamentaire. Ici aussi, de minuscules déformations, siégeant sur les faces latérales des têtes métacarpiennes, pourront accrocher non plus les ligaments articulaires latéraux, mais les petites expansions tendineuses qui faisant suite aux muscles interosseux dorsaux, vont s'insérer sur la base des premières phalanges.

Observations

PREMIERE OBSERVATION (Personnelle)

Cause du ressort : Kyste synovial du poignet.

Au cours d'une séance sportivé il nous advint de subir une hyperfléxion très marquée et douloureuse du poignet gauche. Les jours suivants une teinte ecchymotique apparut au dos de ce poignet. Un point douloureux se révélait à la palpation profonde de l'interligne articulaire, dans l'espace formé par l'extenseur commun et le long extenseur du pouce.

C'est à la suite de se léger accident, que se développa d'une manière progressive une formation qui avait son siège au niveau de l'articulation radio-carpienne, plus précisément entre l'insertion du deuxième radial et les tendons de l'extenseur commun des doigts.

Elle ne cessa d'augmenter insensiblement, et se stabilisa quand elle eût atteint la taille d'une grosse noisette.

C'est au cours de cette croissance qu'une gêne prit naissance, elle affectait le poignet au cours de ses mouvements de flexion et d'extension. La main placée dans le prolongement de l'avant bras, la grosseur se devinait, elle modifiait le profil dorsal du poignet en soulevant le paquet des tendons de l'extenseur commun. La flexion du poignet s'amorçant, cette formation se dégageait brusquement en abondonnant sa position rétro-tendineuse, un léger craquement se faisait entendre et le mouvement se continuait après un léger arrêt. La saillie devenait très importante et avait son maximum de développement apparent, seule la peau semblait la recouvrir. Au cours de l'extension les phénomènes, se reproduisaient en sens in-

verse : il y avait réintégration de cette anomalie en position rétro-tendineuse qui semblait la position de choix. En fin de course, en extension forcée, on percevait à la palpation la résistance encore accrue de cette formation.

Les quatre derniers doigts accusèrent une gêne notable et c'est alors que le phénomène du ressaut apparut avec netteté à l'index, par intermittence au médius. Ce ressort était polarisé de la même façon que ceux dont la cause siège sur la place palmaire; c'est à dire que la flexion était plus favorable à sa production que l'extension.

La position optimum pour le mettre en évidence consistait à laisser dans sa position cachée la tumeur, la main étant très légèrement fléchie. Sa production était accompagnée de bruits secs rappelant ceux que fournit le cuir neuf froissé fortement. Une légère douleur les accompagnait, ainsi qu'une impression interne mal définissable de surfaces rêches, dépolies, qui entrent en contact et cela tant à l'aller qu'au retour lors des mouvements.

La palpation ne laissait pas perçevoir de nodosité bien caractérisée au niveau des tendons, mais un empâtement péritendineux se manifestait, ainsi qu'une sensibilité locale. Il n'y eut pas d'adénopathie axillaire ou épitrochléenne.

Le traitement consista dans l'application de massages assez appuyés, le port d'un poignet de force d'une façon constante ainsi qu'un repos relatif de la main.

Si la résolution de cette hernie ne se produisait pas, tout au moins, le phénomène de ressort au niveau du doigt s'amendait. Les autres méthodes de traitement n'entraînant pas notre conviction; cet état de choses dura huit mois environ. Celà jusqu'à ce qu'une violente chute sur les mains vienne amorçer le début d'une nouvelle période. Après quelques jours de repos, nous pouvions constater que la production avait accusé une regression qui ne cessa dès lors de se poursuivre. Au bout de trois semaines environ, la résolution fut presque totale. Le phénomène du ressort disparut definitivement au niveau du doigt et de l'articulation radio-carpienne. Par la suite tout rentra dans l'ordre normal. Actuellement on peut signaler comme séquelles : des craquements inconstants au niveau de l'articulation du poignet et au point de vue subjectif une lé-

gère appréhension lors d'efforts importants à effectuer avec cette main.

A notre avis il sa'gissait là d'un kyste greffé sur l'articulation radio-carpienne, sa compression avait dû irriter et gêner mécaniquement les tendons et les gaînes sus-jacentes et provoquer par contre coup les ressauts observés. Lors du second incident, il avait dû à la suite d'une fissure de ses parois amorçer sa régression.

Cette observation est intéressante du fait de la situation inhabituelle de la cause du ressort car elle siège sur la face dorsale de la main, loin du doigt atteint et au niveau du poignet qu'elle arrive à gêner accessoirement dans son jeu normal.

DEUXIEME OBSERVATION (Citée par Thaler)

Cause du ressort : Un sésamoïde intra articulaire.

Il s'agit d'une dame qui s'inquiète d'un « phénomène curieux » au niveau du pouce droit en même temps qu'une gêne des mouvements et une légère douleur. Depuis plusieurs mois, elle a remarqué à l'extension de son pouce, une gêne qui va en augmentant, d'apparition spontanée, sans aucun traumatisme dans les antécédents.

A l'examen, le pouce est normal d'aspect, la palpation n'est pas douloureuse. En explorant les mouvements le phenomène apparait. La flexion est normale, mais l'extension complète spontanée est presqu'impossible, elle ne se fait qu'au prix d'un grand effort. Souvent la malade a recours à sa main gauche pour produire ce mouvement, on lui reconnaît trois temps :

1° La malade ébauche d'abord l'extension.

2° Celle-ci est arrêtée par un obstacle.

3° Ce dernier est vaincu par un effort musculaire accru; l'extension se complète alors brusquement, en même temps qu'un ressaut se produit ainsi qu'une légère douleur au niveau de l'articulation phalango-phalangienne.

La palpation permet de sentir au niveau de cette arti-

culation une petite dureté, son pincement latéral supprime le phénomène de ressort.

Une radiographie pratiquée de face et de profil montre l'existence d'un sésamoïde situé juste au niveau de l'articulation interphalangienne, de la taille d'une petite lentille. L'appareil sésamoïdien métacarpo-phalangien ordinaire est tout à fait normal. On décide l'intervention chirurgicale.

Après anesthésie loco-régionale à la racine du pouce avec la novocaïne et hémostrase par un petit lien élastique, on fait une incision longitudinale le long du bord radial du pouce. La découverte du tendon le montre jouant librement dans sa gaîne. L'appareil vaginalo-tendineux est tout à fait normal. L'incision de la gaîne ne montre pas de rétrécissement, ni de nodosité sur le tendon et sa gaîne, avec la pointe du bistouri, ce simple geste supprime le ressort. A l'ouverture de l'articulation interphalangienne, on voit un sésamoïde de forme prismatique triangulaire dont le base adhére à la gaîne du tendon et dont les deux facettes supérieure et inférieure recouverts de cartilage s'insinuent dans l'interligne interphalangien en constituant un véritable coin intra-articulaire.

Au repos du pouce, ce sésamoïde répond à la face palmaire de la deuxième phalange; à la flexion son arête marque un mouvement d'arrêt au passage articulaire, puis le tendon venant à bout de la résistance due au corps étranger, le mouvement de flexion se complète d'un coup à la manière d'un ressort.

On pratique l'ablation de ce sésamoïde, seule cause du phénomène pathologique. Aussitôt les mouvements de flexion et d'extension redeviennent libres et normaux. On referme, place un appareil plâtre. L'ablation des fils se fait au septième jour. Puis séances de mobilisation passive du pouce; les mouvements actifs eux mêmes se sont vite rétablies. La malade revue après un mois a des mouvements du pouce tout à fait normaux. Le blocage suivi de ressort ayant désormais disparu.

TROISIEME OBSERVATION (Citée par Peiper)

Cause du ressort : Rupture sous-cutanée de l'aponévrose dorsale superficielle.

C'est un jeune homme qui ayant subi depuis peu un traumatisme de la main droite présente un auriculaire à ressort. L'inspection ne découvre rien à première vue. La palpation sucessive des trois articulations ne laisse pas perçevoir le moindre nodule tendineux. Par contre la mobilisation active des doigts fait naître le phénomène très net du ressort au niveau de la première articulation interphalangienne de l'auriculaire, il est accompagné d'une légère douleur mal localisée.

La gêne étant importante, l'intervention est décidée; la netteté du ressort est telle qu'il semble dû à priori à une lésion tendineuse mal repérée au simple examen clinique. Une incision sur le face palmaire en regard de l'articulation atteinte est pratiquée, l'exploration de l'appareil tendino-vaginal le montre absolument normal. On complète alors l'intervention par une seconde incision exploratrice sur la face dorsale de l'auriculaire. La fenêtre cutanée pratiquée, l'aponévrose dorsale superficielle apparaît alors déchirée. C'est là l'origine du ressort, car la mobilisation du doigt effectivement, montre l'intimité du mécanisme. La flexion du doigt s'effectuant, l'articulation arrive à faire saillie brusquement par cet orifice anormal qui l'encercle quand il se trouve en face d'elle. La réfection de cette aponévrose supprime sur la table d'opération le phénomène du ressort. Immobilisation, plus tard suivie de mobilisation passive, puis active. Suites opératoires dépourvues d'incidents.

Traitement

Les méthodes thérapeutiques que l'on oppose au doigt à ressort sont variées, et nous disposons de moyens très efficaces pour rétablir la fonction normale dans son intégrité. Nous diviserons l'étude de ces méthodes en deux parties :

1° Le traitement médical.

Il faut dire que le patient fonde, d'une façon générale d'ailleurs, tous les espoirs sur son efficacité; on ne peut que le comprendre. Il faudra s'ingénier à faire un choix judicieux parmi les notions thérapeutiques acquises, les employant à tour de rôle en cas d'échec. C'est ainsi que l'on pourra successivement faire appel à

— L'immobilisation : son action est puissante; parfois, elle pourra être rendue plus efficiente en la pratiquant sur une petite planchette ou dans un appareil plâtré. Sa durée va de une à quatre semaines.

— Dans d'autres cas, c'est à une mobilisation passive que l'on aura recours, elle agira en réta-

blissant une fonction déficiente, de légers massages aideront son action.

Le traitement symptomatique de la douleur pourra se faire par des infiltrations novocaïniques « loco dolenti », comme le recommande le Docteur Grinda.

Chez une certaine catégorie de malades rhumatisants, il est bon de mettre en œuvre les conseils du Docteur Forestier, d'Aix-les-Bains, qui produit une hyperémie par l'eau thermale et qui adjoint des massages énergiques dits « d'écrasement ». Ils consistent à faire pression sur les productions incriminées. Le traitement dure de un à deux mois, le succès est quasi constant.

Les méthodes électriques recommandées par Charbonnel ont aussi leur part d'action, c'est ainsi que l'on peut faire appel à l'ionisation salicylée. La diathermie peut rendre de bons services également.

Dans certains cas, on pourra avoir recours à la méthode que préconise le Docteur Lasserre, elle est très simple : elle consiste à empêcher le doigt affligé du ressort d'exécuter sa flexion complète, cela par l'emploi d'une bague. Cette bague est en laiton et mesure environ un centimètre de largeur, le chaton se trouve sur la face palmaire. La flexion ne pouvant se faire à fond, les causes génératrices du ressort n'entrent pas en contact. Le tendon est ainsi protégé et mis au repos. L'avantage est énorme chez les personnes qui ont besoin d'une grande dextérité manuelle, car il évite une cicatrice et la perte de souplesse que parfois elle entraîne.

2° **Le traitement chirurgical.**

Il ne s'appliquera qu'aux doigts à ressort rebelles aux méthodes médicales ou à ceux qui sont douloureux. Devant ces ennuis réels, la bénignité de l'intervention n'apparaît que plus évidente.

Les interventions seront simples et consisteront dans leurs grandes lignes à :

— Une incision de la gaine, qui suffira très souvent à rétablir la fonction d'une façon parfaite.

— L'excision d'un nodule dans les formes tendino-vaginales, mais alors craindre un danger de fragilisation du tendon qui pourra se rompre parfois à plus ou moins longue échéance.

— A rétablir, comme nous l'avons vu, la continuité d'une aponévrose déchirée.

— A ruginer une exostose ostéogénique gênante ou bien à extirper encore un corps étranger intra-articulaire.

En résumé, nous pouvons dire que beaucoup de doigts à ressort se présentent comme une affection intermittente et qui guérit spontanément; cela nous incitera à employer d'emblée des moyens mineurs. Il ne faut pas oublier, malgré tout, que la main, les tendons et leurs gaines, sont des lieux d'approche délicats et q'une aseptie intégrale doit être exigée.

Conclusion

De l'examen de ce travail, il se dégage en dernière analyse, deux notions très nettes :

I. — D'une part, l'existence de doigts à ressort que l'on peut qualifier de classiques, ce sont les plus nombreux. Ils se placent du fait de leur pathogénie sous des étiquettes bien établies. (Théories : synoviale, vagino-tendineuse, du spasme fonctionnel ou articulaire.)

II. — D'autre part, l'existence de doigts à ressort dont la pathogénie peut-être plus diverse. La partie expérimentale nous a permis de mettre en évidence ces possibilités, les observations de leur côté confirment cette thèse.

Vu : *Le Président de la thèse :*

VIRENQUE

Vu : *Le Doyen :*

J. CALVET.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse le 5 Juin 1948

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

P. DOTTIN.

Bibliographie

Charbonnel. — Le doigt à Ressort. Bordeaux Chirurgical, 1931, page 266.

Clément. — Les doigts à ressort. Thèse de Paris, 1987.

Clavel et Payan. — Le phénomène du ressort (au niveau du genou). Lyon Chirurgical, n° 3, Mai-Juin 1947, p. 374.

David Thaler. — Contribution à l'étude du doigt à ressort. Thèse de Paris, 1937.

Fèvre. — Les blocages tendineux digitaux du long fléchisseur du pouce. Presse Méd., déc. 1942, p. 754.

Forestier. — Les doigts à ressort et leur traitement médical. Presse Méd., juin 1944, p. 186.

Galzin. — « Les doigts à ressort ». Thèse de Montpellier, 1886.

Grinda. — « Les blocages tendineux digitaux ». Mémoires de l'académie de chirurgie. T. 68, n°s 1 et 2, janv. 1942.

Jeanin. — « Les doigts à ressort », Paris, 1894.

Lasserre. — « Un traitement simple du doigt à ressort ». Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest, n°s 21-22, 1945, p. 375.

Ombredanne et Mathieu. — « Le doigt à Ressort ». Traité de chirurgie orthopédique.

Schorcher. — « Le doigt à ressort ». Revue d'ortopédie et de chirurgie de l'appareil moteur. T. 27, p. 346, 1941.

Sorrel et Benoît. — « Camptodactylie et pouce à ressort ». Revue d'ortophédie, n°s 5-6, sept.-déc. 1941.

Table des matières

Introduction et plan de travail 9
Définition du doigt à ressort 13
Historique 15
Symptomatologie 19
Etiologie 23
Pathogénie 26
Partie expérimentale 31
Observations 38
Traitement 43
Conclusion 46
Bibliographie 47

Dép. lég. 2e tr. 48 Aa 86.

Imp. Toulousaine (R Lion), 2, rue Romiguières